



**Ministère de la Santé Publique et de la Population**  
**Direction de la Pharmacie, du Médicament**  
**Et de la Médecine Traditionnelle**

<b>FORMULAIRE DE DEMANDE D'AUTORISATION DE DESTRUCTION DE PRODUITS PHARMACEUTIQUES INUTILISABLES (PPI)</b>				<b>Département</b>	
<b>Catégorie d'établissement pharmaceutique (EP)</b>					
Pharmacie <input type="checkbox"/>		Grossiste Distributeur <input type="checkbox"/>		Agence <input type="checkbox"/>	
				ONG <input type="checkbox"/>	
				Laboratoire <input type="checkbox"/>	
<b>Information sur l'établissement</b>					
<b>Nom de l'Etablissement</b>				<b>Adresse</b>	
<b>Téléphone</b>				<b>E-mail</b>	
<b>Coordonnées géo spatiales (GPS)</b>					
<b>Coordonnées du pharmacien responsable</b>					
Nom				Prénom	
Téléphone				E-mail	
<b>Coordonnées du propriétaire</b>					
Nom				Prénom	
Téléphone				E-mail	
<b>Produits à détruire</b>					
<b>Type de produits à détruire :</b>		Matières premières <input type="checkbox"/>		Médicaments <input type="checkbox"/>	
Nombre de matière première :			Nombre de médicaments :		
Poids total matière première (kg) :			Poids total médicaments (kg) :		
Volume total matière première (m <sup>3</sup> ) :			Volume total médicaments (m <sup>3</sup> ) :		
Coût total du stock de matière première :			Coût total du stock de médicaments :		
<i>Liste des matières premières à annexer</i>			<i>Liste des médicaments à annexer</i>		
<b>Site de destruction</b>					
Nom du site de destruction				Adresse	
Téléphone				E-mail	
<b>Coordonnées géo spatiales (GPS) :</b>					
Nom/prénom du responsable					
Téléphone				E-mail	
<b>Méthode de destruction</b>					
Incinération <input type="checkbox"/>		Solidification <input type="checkbox"/>		Autres (préciser) <input type="checkbox"/> .....	
<b>Signature /Date/Sceau</b>					
Pharmacien responsable				Date	
Propriétaire (s)				Date	
<b>Réservé à l'administration de la DPM/MT ou de la Direction Sanitaire concernée</b>					
Date de réception du dossier				Visa du réceptionniste	
		Numéro du dossier			

**LISTE DES PRODUITS A DETRUIRE**

#	Spécialités ou Génériques	Origine	Forme	Dosage	Numéro de lot	Date d'expiration	Quantité	Poids (solide)	Volume (liquide)
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									